



BOLETÍN S.U.E. 061 CEUTA DIRECCIÓN TERRITORIAL DE CEUTA ATENCIÓN PRIMARIA

HIDROCUCIÓN O SHOCK TERMODIFERENCIAL

DEFINICIÓN:

Se define hidrocución, como la muerte por inmersión en un líquido antes de que éste pase a los pulmones. Es por lo tanto un Síndrome de Sumersión-Inhibición.

ETIOLOGÍA:

Es siempre de carácter accidental ya que nadie puede prever cuándo se podrán dar las condiciones óptimas para que se produzca (eliminando con ello en parte las causas suicidas y homicidas). No obstante existen una serie de factores predisponentes a sufrir una hidrocución y estos son:

- Baños de sol prolongados.
- Insolación previa al baño.
- Ejercicio intenso previo al baño.
- Digestiones lentas por alimentación copiosa.
- Falta de costumbre al agua fría.

PATOGENIA:

Existen tres teorías para intentar explicar el proceso:

- a) Se piensa que la muerte puede ser consecuencia de un reflejo inhibitor de la respiración y de la circulación, produciendo una vasoconstricción severa, desencadenada por el contacto brusco de la piel con el agua fría, lo que provocaría un shock hemodinámico.
- b) Estimulación vagal como consecuencia del contacto del agua fría con las mucosas nasofaríngeas, provocando un espasmo laríngeo.
- c) Se baraja también la posibilidad de que se trate de una descarga brusca de histamina

y sustancias afines. Si bien el estado del aparato digestivo constituye una causa que predispone. De ahí la frecuencia con que se produce este tipo de accidentes durante el verano, al introducirse los bañistas en el agua después de haber comido y constituyendo el llamado "corte de digestión".

El accidente tiene trazos dramáticos toda vez que la víctima pierde bruscamente el conocimiento y se hunde en el agua, de donde es recuperado cadáver, con signos aparentes de muerte.

En conclusión podemos decir que el mecanismo letal de la sumersión-inhibición o hidrocución es:

- Anorexia cerebral y/o alteraciones hidroelectrolíticas.
- Espasmo laríngeo.
- Inhibición refleja por estímulo vagal.

CLÍNICA:

Nos podremos encontrar ante un paciente que presenta palidez facial, de ahí la denominación de "ahogado blanco".

Por lo general y ante la espectacularidad del hecho, algún familiar o acompañante nos pone en antecedentes de la ingesta alimenticia, o factores que nos ayuden a diagnosticar la hidrocución (no dan señales de alerta para pedir ayuda).

Nos encontramos ante un paciente con signos de muerte aparente, que se instaurará si no se comienzan con rapidez las maniobras de RCP.

Es importante comprobar que si el paciente ha sido rescatado a tiempo, no exista agua en el árbol bronquial, lo que redundaría en el diagnóstico de hidrocución.

TRATAMIENTO:

El primer paso sería extraer al paciente del agua. Una vez extraído y comprobada la muerte realizaremos las maniobras de RCP básica e ins-

tauraremos la RCP avanzada a la mayor brevedad posible, trasladándolo urgentemente al Hospital, donde deberá estar ingresado al menos 24 horas.

Estableceremos una vía aérea permeable y administraremos oxígeno a altas concentraciones. Una vez en el Hospital realizaremos una gasometría arterial para valorar el grado de afectación respiratoria. Es útil mantener una presión positiva continua (PEEP) en vías aéreas, aunque como no ha pasado agua al árbol bronquial se podrá estar expectante a la evolución de los parámetros gasométricos.

La profilaxis con antibióticos no ha demostrado beneficios y existe controversia con el uso de corticoides siendo aconsejados solamente en el caso de que exista daño cerebral (dexametasona).

Las convulsiones y los incrementos de la presión intracraneal, caso de producirse, deberán ser controlados con Pancuronio, reducción de la PEEP e hiperventilación. Si con esto no se reducen utilizaremos barbitúricos como el Pentotal.

Debemos volver a recordar que, por la disminución de la temperatura corporal que supone la muerte en el agua, debemos mantener las maniobras de RCP, por el axioma de Reuler: "No se debe nunca abandonar la RCP hasta que el paciente esté caliente y muerto".

MONOGRÁFICO:

ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO (AAS)

Composición: Comprimidos de 500 mg.

Acción y mecanismo: Inhibidor de la agregación plaquetaria. Antiinflamatorio, antipirético y analgésico.

Indicaciones: Profilaxis secundaria tras evento isquémico coronario o cerebral.

Dosis: 125 mg V.O. Posteriormente de 100 a 500 mg diarios.

Efectos secundarios: Úlcera gastroduodenal (GD). Erupciones cutáneas. Disnea, sobre todo en niños.

Contraindicaciones: Úlcera GD, pre o postoperatorio, enfermedades con trastornos de la coagulación (insuficiencia hepática o renal entre otras). Tercer trimestre de embarazo a dosis superiores a 100 mg.

Interacciones farmacológicas: Anticoagulantes y antidiabéticos orales. Beta-bloqueantes y Vancomicina.

BIBLIOGRAFÍA:

- Manual de asistencia médica en catástrofes. Álvarez Leyva, C. y Col. Ed. ELA. (1992)
- Lesiones por agentes físicos. Castellano Arroyo, M. Ed. Masson. (1998)
- Mosquera González J. M. Actuación en urgencias de A.P. Ed. Mosby/Doyma. (1995)
- Emergencias médicas. Manuel Villoria, C. Ed. ELA. (1992)
- Drownings (Current Concepts). Modell J. H. Ed. N. Engl J Med. (1993)
- Near drowning. Olshaker J. S. Ed. EMCNA. (1992)
- Catálogo de especialidades farmacéuticas del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.
- Información de medicamentos. Consejos al paciente. Ministerio de Sanidad y Consumo. 11 Ed.

Direcciones internet:
<http://www.msd.es>

AUTOR:

D.U.E. D. Víctor Manuel Ríos del Yerro

COLABORADORES:

D.U.E. D^a. Isabel Pomares Arroyo
D.U.E. D^a. M^a Jesús González Ramírez

Recordatorio:

Informamos una vez más, que este boletín está abierto a todo el personal sanitario de Atención Primaria de la Gerencia de Atención Sanitaria de Ceuta que desee publicar algún artículo.



EDITA:
© INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA – DIRECCIÓN TERRITORIAL DE CEUTA
GERENCIA DE ATENCIÓN SANITARIA. Recinto Sur, s/n. – CEUTA
Catálogo general de publicaciones oficiales: <http://www.060.es>
Depósito Legal: CE 25-2005 ISSN:1699-3837 NIPO: 356-08-003-5